

«Общественные
инициативы
в психиатрии»

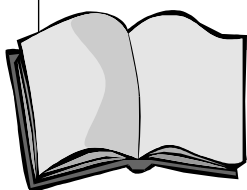
Катерина

Луч света в темном царстве

Редакция: В.Г.Ротштейн (главный редактор), М.Н.Богдан,
В.В.Оськина, Т.А.Солохина, В.С.Ястребов

Выпуск 7-9 Сентябрь 2001

Азбука



Приступ, ремиссия, выздоровление

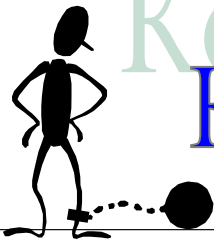
Слова, использованные в заглавии, описывают течение болезни. Это относится не только к психическим, но и ко всем хроническим заболеваниям. Есть и некоторые другие термины, о которых мы еще скажем. Прежде всего нужно понять важнейшую характеристику всякой болезни: это процесс, протекающий во времени. Он имеет начало, развитие и конец. На обычном, не профессиональном языке начало процесса у какого-нибудь человека обозначают словами: «он заболел». На этапе развития процесса говорят: «он болеет». Когда процесс заканчивается, говорят: «он выздоровел». При некоторых болезнях этих слов в общем достаточно, чтобы описать все их течение. Это бывает, если болезнь течет непрерывно. Но есть заболевания, и их много, при которых состояние больного то улучшается, то ухудшается снова. Улучшения бывают такими полными, что их трудно отличить от выздоровления, и только новое обострение болезни приносит разочарование – она еще не кончилась. Именно в таких случаях для описания отдельных этапов течения болезни приходится использовать такие термины как ремиссия, приступ, обострение. Правильная характеристика этапа болезни имеет очень большое практическое значение, потому что включает в себе прогноз. Иными словами, характеризуя этап течения болезни, мы как бы одновременно предсказываем, что ждет пациента в дальнейшем. Например, говоря, что в

настоящее время у человека приступ, мы имеем в виду, во-первых, что течение болезни носит волнообразный характер, а во-вторых, – что через некоторое время это состояние пройдет, и наступит существенное улучшение. Это улучшение и называется ремиссией. Говоря, что у больного ремиссия, мы констатируем улучшение, но одновременно имеем в виду, что болезнь, к сожалению, не кончилась, и в будущем пациента ждет новый приступ. Понимание этого важно, поскольку в этом случае можно предпринять меры, которые бы могли или не допустить развития этого приступа, или хотя бы сделать его более легким. Для этого в психиатрии (да и во многих других областях медицины) используется так называемая поддерживающая терапия, то есть пациент продолжает принимать лекарства, хотя чувствует себя хорошо. Если этого не знать, то между врачом и пациентом возникают недоразумения – пациент не может понять, зачем ему глотать таблетки, которые к тому же оказывают еще побочное действие, если он чувствует себя хорошо. К большому сожалению, современная наука не в состоянии прогнозировать длительность ремиссии. При очень продолжительных заболеваниях часто невозможно даже сказать, идет ли речь действительно о ремиссии (то есть новый приступ обязательно наступит), или о выздоровлении (то есть приступ не наступит никогда). Данные, полученные при обследовании тысяч людей, страдающих хроническими психическими заболеваниями, говорят о

том, что длительность ремиссии может колебаться от нескольких недель до многих десятков лет. Проведено множество исследований, в которых предпринималась попытка предсказать длительность ремиссии. Все эти исследования были безуспешны и, похоже, что эта величина в каждом конкретном случае определяется случайностью.

Эти трудности, конечно, сильно сказываются на практике. Действительно, сразу после окончания приступа назначение поддерживающей терапии выглядит совершенно естественным и в глазах врача, и в глазах пациента. Но идет время, пациент чувствует себя хорошо и год, и два, и три, лекарства надоедают, побочные действия мешают жить, и возникает вопрос, сколько же можно глотать таблетки? На этот вопрос нет обоснованного ответа. Очевидно, что очень длительный шаблонный прием лекарств никакой пользы не приносит. Поэтому при длительном и стабильном хорошем самочувствии необходимо обсуждать с врачом целесообразность дальнейшей терапии. По взаимному согласию ее можно прекратить, однако при условии, что при малейшем ухудшении состояния лечение возобновляется. Однако, очень часто бывают случаи, когда ремиссия не совсем полная, то есть какие-то расстройства все-таки существуют. В этих случаях лечение, конечно, необходимо. Но оно все равно не должно быть шаблонным и должно изменяться, если меняется состояние. Об этом – в одном из следующих номеров.

Если будешь дожидаться, пока сделаешь это безупречно, не сделаешь ничего.



Стигма

Конференция в Лейпциге

Конференция в Лейпциге

В течение трех дней, со 2 по 4 сентября,

в Лейпциге проходила международная конференция, которая называлась "Together against stigma"

(«Вместе против предрассудков»). Это была первая в истории конференция, в которой принимали равноправное участие психиатры и их пациенты. Кроме того, это была первая в истории конференция, темой которой была не собственно болезнь, а бремя предрассудков и предрассудков, существующих

в обществе по отношению к людям, которые лечатся у психиатра. В докладах участников конференции

был отражен взгляд на эти предрассудки с разных позиций: с точки зрения профессионалов, больных и их родственников. Самое интересное заключалось в следующем. Точки зрения трех названных категорий докладчиков, разумеется, различались. Но профессионалы, пациенты и родственники из разных стран говорили абсолютно одно и то же. Иными словами, во всех странах мира, начиная с Японии и кончая Канадой, "человек с улицы" думает о психически больных одинаково. Везде их первыми увольняют и последними принимают на работу, все больные (и бывшие больные, и даже очень давно бывшие больные) теряют друзей, у всех разрушаются семьи. Заслуживает большого внимания выступление очень темпераментного человека из Швеции. Он рассказал, что открыл великолепный способ преодолеть предрассудки окружающих. По его мнению, один из



источников этих предрассудков или, во всяком случае, одна из причин, которая их поддерживает, заключается в том, что люди скрывают какие бы то ни было свои контакты с психиатром. Автор поступил прямо противоположным образом: выписавшись из больницы после двухлетнего лечения, он позвонил всем своим знакомым и сообщил им, что он, слава Богу, выздоровел от психического расстройства и выписался из больницы. Автор утверждает, что это оказалось очень эффективным.

Хотя в результате конференции не было выработано какой-либо общей программы борьбы с предрассудками и предрассудками против лиц с расстройствами психического здоровья, начало положено очень хорошее. Участники разъехались по домам с твердым намерением продолжать работу и решить эту проблему, которая в современной психиатрии является наиболее злободневной.

На снимках: Президент конгресса профессор Норман Сарториус; В зале заседаний

В Европейском парламенте



Зарубежом

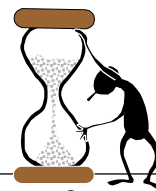
В марте 2001 г. в

Европейском парламенте в Брюсселе состоялся семинар под названием «Невидимая болезнь, невидимые пациенты, невидимые затраты», организованный GAMIAN-Europe. На семинаре обсуждались проблемы выявления и лечения психических заболеваний, а также их причины и социальные последствия. В частности, профессор

Томпсон из Великобритании отметил, что в его стране, несмотря на высокую распространенность психических заболеваний, многие из них остаются нераспознанными, и больные не получают необходимой им помощи. По мнению профессора Томпсона, это связано и с предрассудками в отношении психически больных и со склонностью врачей уделять внимание физическим, а не душевным недугам. С точки зрения президента GAMIAN-Europe Родни Эдджи, стигма, предрассудки, табу и нетерпимость в отношении лиц с психическими расстройствами препятствуют обращению за психиатрической помощью тех, кому она необходима. В частности, любой работодатель предпочтет принять на службу человека с нетяжелым криминальным прошлым, чем того, кто когда-либо лечился у психиатра; поэтому стремление людей скрыть свою болезнь вполне оправдано. Многие европейские страны стремятся вывести психиатрическую помощь за стены психиатрических учреждений, но никто не задумывается о том, что тем самым они вынуждают пациентов просто сменить пребывание в серых стенах больниц на домашний арест. В результате больные обречены на страдание в одиночестве. Особенно это касается мужчин, которые склонны прибегать к алкоголю или наркотикам, чтобы как-то сосуществовать с болезнью. Часто и это не помогает, и все заканчивается суицидом. По мнению Р.Эдджи, единственный способ преодолеть эту ситуацию – стимулировать оказание полноценной психиатрической помощи путем просвещения и профессионалов, и их пациентов. Представитель ВОЗ Вольфганг Рутц говорил о том, что бремя психических заболеваний намного превышает бремя малярии, туберкулеза и рака вместе взятых, что растет число суицидов во всех европейских странах (особенно это касается стран Восточной Европы). Он обратился с просьбой ко всем присутствующим подумать, что можно предпринять для изменения такой ситуации.

Если будешь дожидаться, пока сделаешь это безупречно, не сделаешь ничего.

ЭТО ТОЛЬКО ПРИЗРАК...



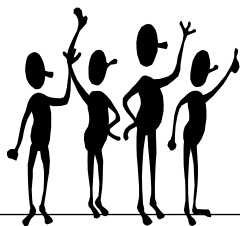
Многие люди, страдающие хроническими заболеваниями (не только психическими), которые текут с приступами и ремиссиями, во время ремиссий живут в мучительном ожидании нового обострения. Это неправильно. Такое ожидание резко снижает качество жизни и делает ее неполноценной даже в то время, когда состояние здоровья бывает вполне хорошим. Уговаривать и убеждать человека, чтобы он не боялся нового обострения, бесполезно. В лучшем случае такие уговоры помогают на день-другой, а потом тревога берет свое. Лучший способ избавиться от страха – это понимать, что обострение возможно, но вовсе не неизбежно. Никто не может сказать наверняка, когда воз-

никнет новый приступ и возникнет ли он вообще. В этом номере уже было сказано, что конкретная продолжительность каждой ремиссии – результат случайности. Статистические исследования психических заболеваний, протекающих в виде приступов, показывают, что каждый год ремиссия заканчивается примерно у 10% больных из числа тех, у кого ремиссия к этому году еще продолжается. При этом в расчет принимаются только те, у которых констатирован новый приступ. Иными словами, те больные, у которых ремиссия продолжается к моменту обследования, в расчет не включаются, потому что никто не знает, когда она у них кончится и кончится ли вообще. Нужно подчеркнуть, что

случаи, в которых новый приступ никогда не возникает, довольно многочисленны: они составляют от одной четверти до одной трети всех больных. Очень интересно, что эти цифры совершенно не зависят от того, о каком по счету приступе в жизни больного – о первом или о двадцатом – идет речь. Эта закономерность постоянна и не зависит от числа уже перенесенных приступов. Это важно, потому что многие думают, что у меня, мол, приступов было уже много, значит, неизбежно будут еще. Исследования говорят, что это неверно. По-видимому, всегда наступает момент, когда механизм болезни перестает функционировать. В сущности, это и есть выздоровле-

К АКСЭТИМЖИТЬ

ние. К большому сожалению, современная наука еще не располагает возможностью выяснить, прекратил ли свою пагубную работу этот самый механизм, и поэтому, когда прекращается приступ, никто не может сказать, выздоровел ли человек или у него только началась ремиссия. Но поскольку шансы на то, что это выздоровление, вовсе не плохи (повторим, что от четверти до трети всех больных оказываются выздоровевшими), лучше быть оптимистом и надеяться на то, что попал именно в это число. Даже если это окажется ошибкой, такая позиция сильно украсит жизнь, и, может быть, в следующий раз повезет больше.



Общественная

С осени этого года «Общественные инициативы в психиатрии» открывают школу лидеров групп взаимной поддержки. Важность этого начинания трудно переоценить. Те, кто посещают уже существующую группу, успели в полной мере оценить ее достоинства. Однако одна группа – это очень мало. В Москве есть еще тысячи людей, которым нужно было бы объединиться в такие группы, но они не только не знают, как это делается, но и вообще не имеют никакого представления о них. Рассчитывать на то, что все группы будут возглавляться профессионалами, не приходится: во-первых, профессионалов просто не хватает; во-вторых, это неправильно в принципе. Дело в том, что группа, в которой есть профессионал, неизбежно превращается в психотерапевтическую. Избежать этого очень трудно. И даже в той группе, которая существует, в пол-

Школа лидеров

ной мере это не удастся. Из-за этого группа не достигает своей цели, потому что ее деятельность оказывается направленной совсем не в ту сторону. Необходимо понимать, что конечная стратегическая цель группы взаимной поддержки – создать у ее членов высокий уровень самоуважения, мобилизовать активность членов группы, и тем самым создать им возможность обрести достойное место в жизни. Этого нельзя достичь никакой психотерапией, это достигается только собственной активностью. Понятно, что активность членов группы тем выше, чем более они независимы и самостоятельны. Конечно, вместе с этим нужно понимать, что работа в группе, особенно в начале, требует каких-то знаний. Именно поэтому и создается школа, о которой идет речь. Преподавать в этой школе будут и профессионалы, и опытные лидеры из числа пациентов. Достаточно хорошие профессионалы у нас есть, а вот пациентов, которые

имели бы опыт такой работы, к сожалению, нет. Поэтому проект будет осуществляться в сотрудничестве с европейской общественной организацией «GAMIAN-Europe», члены которой десятки лет работают в группах взаимной поддержки. Занятия будут происходить в виде лекций, семинаров, практических занятий. Предусмотрены поездки наиболее успевающих слушателей в Англию, где они смогут принять участие в работе тамошних групп взаимной поддержки и увидеть своими глазами, чем занимаются давно существующие группы. Финансовая поддержка для работы школы, к счастью, уже обеспечена, так что успех этого проекта зависит исключительно от активности его участников.



Если будешь дожидаться, пока сделаешь это безупречно, не сделаешь ничего

